
Psychomotorische therapie in de preventieve gezondheidszorg: een uitdaging voor de toekomst?

Jan Knapen, Davy Vancampfort en Yannick Marchal

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen evolueert de laatste jaren zeer snel. De overheid streeft naar een kwaliteitsverbetering en een accentverschuiving van de residentiële en aanbodgestuurde geestelijke gezondheidszorg naar een meer vraaggestuurde en ambulante zorg. Dit veranderingsproces focust ook op preventie en vroegdetectie, leefstijlinterventies (onder andere rond alcohol, drugs, stress, beweging en voeding), een nauwere samenwerking met de somatische gezondheidszorg, een verwetenschappelijking van de zorg, een actieve betrokkenheid van de hulpvrager en zijn omgeving en een strijd tegen de kwakzalverij. Tot slot is er een duidelijke evolutieverschuiving van hoofdzakelijk probleemgerichte zorg (cure, genezen) naar meer herstelgerichte zorg. Herstel betekent het herwinnen van hoop en perspectief op een bevredigend leven, ondanks het psychisch lijden. In een proces van herstel krijgt iemand greep op zijn aandoening, waardoor deze niet langer zijn dagelijks leven beheerst en zijn toekomstverwachtingen verduistert. Hierbij herontdekt hij zijn eigen mogelijkheden en veerkracht en leert hierop te vertrouwen. Herstel is een proces van zelfverwezenlijking waarbij de ziekte als minder hinderlijk ervaren wordt. In de probleemgerichte zorg hebben interventies een probleemoplossend en autonomie-ondersteunend doel. De rol van de hulpvrager in de probleemgerichte zorg is die van patiënt. De meeste medisch-georiënteerde disciplines werken hoofdzakelijk probleemgericht.

Deze veranderingsprocessen stellen de psychomotorisch therapeuten voor grote uitdagingen. Denk maar aan de positionering en integratie van de psychomotorische therapie in de ambulante zorgtrajecten voor personen met psychische problemen.

Twee decennia geleden werd de psychomotorische therapie in eerste instantie beschouwd als een psychologische behandelingsvorm, waarbij het bewegen en de lichamelijkeheid een middel waren om psychologische doelstellingen te realiseren. Psychische/psychiatrische problemen zijn vaak primair of secundair geassocieerd met somatische gezondheidsproblemen. Zestig procent van de psychiatrische patiënten lijdt aan één of meerdere somatische aandoeningen zoals het metabool syndroom, obesitas, diabetes type 2, cardio-vasculaire en respiratoire stoornissen (De Hert et al., 2011). De negatieve impact van somatische gezondheidsproblemen op de psychische gezondheid, de motivatie tot bewegen, de kwaliteit van leven en het herstelproces van patiënten heeft geleid tot meer specifieke aandacht voor de gezondheidsgerelateerde fitheid. Hierdoor is de psychomotorische therapie geëvolueerd van een aanvankelijk hoofdzakelijk psychologische behandelingsvorm naar een eveneens biomedische behandelingsvorm.

De recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de nauwere samenwerking met de somatische gezondheidszorg dwingen psychomotorisch therapeuten tot creatieve extramurale initiatieven. Psychomotorisch therapeuten staan onder andere voor de uitdaging mee te werken aan multidisciplinaire zorgtrajecten voor bepaalde hoog risicogroepen. Ze hebben immers een unieke expertise en wetenschappelijke kennis in het domein van beweging, lichaamsbeleving en mentale en somatische gezondheid.

In 2009 werden met de steun van het Rijksinstituut Voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in de eerstelijns gezondheidszorg “Lokaal Multidisciplinair Netwerken” opgericht. Daarnaast beschikken verschillende steden en regio’s (onder andere Sint-Truiden, Leuven en Aarschot) over een Huis Voor Chronische Zorg. De doelstelling van deze eerstelijns gezondheidsinstellingen is de uitbouw en implementatie van de zorgtrajecten voor chronisch zieken zoals patiënten met diabetes, obesitas, chronische nierinsufficiëntie, hartfalen, chronisch obstructief longlijden en kanker. Daarnaast hebben ze als opdracht het organiseren van preventieve acties zoals gezondheidsvoorlichting en leefstijlinterventies voor bepaalde hoog risicogroepen.

Gezien chronisch somatische aandoeningen vaak gepaard gaan met depressie en angstklachten en de cruciale rol van bewegen in de secundaire preventie van deze aandoeningen kan psychomotorische therapie een meerwaarde betekenen in de multidisciplinaire zorg voor deze patiënten (Herring et al., 2010; Herring et al., 2012).

Het Huis Voor Chronische Zorg in Sint-Truiden (www.huisvoorchronischezorg.be) is een initiatief van de Huisartsenkring Sint-Truiden en Omgeving en de Huisartsenkring Kanton Borgloon in samenwerking met het Lokaal

Multidisciplinair Netwerk Sint-Truiden, Borgloon en omgeving met de ondersteuning van het Sint-Trudo ziekenhuis. Het Huis Voor Chronische Zorg start in het voorjaar met een multidisciplinair leefstijlprogramma rond beweging en voeding voor personen met een hoog risico voor diabetes mellitus type 2, 'HALT2Diabetes'. De inwoners van Sint-Truiden, Borgloon en omgeving kunnen, via het project HALT2Diabetes, terecht bij de huisarts om (een hoog risico op) type 2 diabetes vroegtijdig op te sporen en zo nodig te worden doorverwezen naar een multidisciplinair leefstijlprogramma. HALT2Diabetes, een primeur in Vlaanderen, is een initiatief van de Diabetes Liga vzw, in samenwerking met Domus Medica en wordt gesteund door de Vlaamse overheid. Huis Voor Chronische Zorg is een belangrijke partner in de lokale realisatie van het project.

In deze bijdrage bespreken we achtereenvolgens de actuele bewegingsrichtlijnen voor volwassenen, de samenhang tussen een gebrek aan lichaamsbeweging en het risico voor diabetes 2 en depressie, de coïncidentie van diabetes 2 en depressie, de effectiviteit van leefstijlprogramma's rond beweging en voeding voor personen met een hoog risico voor diabetes 2 en tot slot de meerwaarde van psychomotorische therapie in het stepped care model voor deze doelgroep.

Bewegingsrichtlijnen volgens de Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging (2012).

De wetenschappelijke adviesgroep formuleert volgende aanbevelingen:

- Volwassenen (18-65 jaar) moeten minstens 5 dagen per week en bij voorkeur dagelijks minstens een half uur matig fysiek actief zijn.
- Bovendien moeten ze minstens twee maal per week specifiek oefenen om de botkwaliteit en spierkracht te verbeteren.
- Voor volwassenen die intens fysiek actief zijn, volstaat minstens drie maal per week 20 minuten bewegen aan een hoge intensiteit.
- Tijdens de zwangerschap blijven deze aanbevelingen geldig maar afgestemd op de mogelijkheden en de sportprestaties van voor de zwangerschap.

Sedentair gedrag betekent niet hetzelfde als een gebrek aan fysieke activiteit maar wel een teveel aan zittende bezigheid. Personen kunnen voldoende fysiek actief zijn volgens de aanbevelingen voor gezond beweeggedrag maar toch te veel sedentair gedrag vertonen, wat een negatieve impact heeft op de gezondheid. De wetenschappelijke adviesgroep formuleert volgende aanbevelingen:

- Volwassenen en ouderen (> 18 jaar) moeten hun sedentaire tijd beperken.
- Er wordt bovendien aanbevolen om langdurig zitten te vermijden of regelmatig te onderbreken met lichte fysieke activiteit. Bij ouderen is dit extra belangrijk voor de preventie van krachtverlies.

Volgens de Gezondheidsenquête (Portaal Belgium, 2008) voldoet slechts 38% van de Belgische bevolking en 46% van de Vlaamse bevolking aan de aanbevelingen rond bewegen. Vrouwen bewegen over het algemeen minder dan mannen (29% versus 49%) en lager opgeleiden minder dan hoger opgeleiden (25% versus 43%). Lichaamsbeweging in de vrije tijd is sociaal geïmpliceerd. Een sedentaire leefstijl bij lager geschoolden is geassocieerd met een minder goede gezondheid, functionele beperkingen, overgewicht en rookgedrag (ademhalingsproblemen) waardoor deze personen dreigen in een neerwaartse spiraal terecht te komen.

Volwassenen zonder lichamelijke aandoening sporten vaker dan personen met een lichamelijke aandoening. Sporters kampen dus minder vaak met gezondheidsproblemen. Dat wordt verklaard door het feit dat ze minder lichamelijke belemmeringen ervaren of door het preventief effect van regelmatige sportbeoefening op het ontwikkelen van chronische aandoeningen.

Obesitas, fysieke inactiviteit en een lage cardio-respiratorische fitheid als risicofactoren voor diabetes 2

Een Koreaanse prospectieve studie onderzocht de associatie tussen obesitas en de incidentie van diabetes 2 bij 675 496 mannen (Lee et al., 2012). Mannen met overgewicht, obesitas classificatie 1 en obesitas classificatie 2 hadden respectievelijk een 1.47, 2.05, en 3.69 hoger risico voor diabetes 2 in vergelijking met mannen met een normaal gewicht.

Een recente cohortstudie (n = 39 005) onderzocht het preventief effect van wandelen en lopen op het risico voor diabetes 2 (Williams & Thompson, 2013). De relatieve risicoreductie was afhankelijk van het energieverbruik tijdens wandelen of lopen. Het verlaagd risico bij wandelaars varieerde van 23.6% tot 44.2%, bij lopers van 43.5% tot 68.2%.

Een systematische review van the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association bespreekt de rol van lichaamsbeweging in de preventie van diabetes 2 (American College of Sports Medicine & American Diabetes Association, 2010). Volgens de internationale criteria voor 'levels of evidence and recommendation' (Guyatt et al., 2006) bekomt

‘beweging in de preventie van diabetes 2’ het hoogste niveau van aanbeveling (level A). De auteurs formuleren als concrete richtlijn voor hoog risicopatiënten 150 min. matige tot intensieve fysieke activiteit per week, bij voorkeur een combinatie van aerobe en krachttraining.

Een recente meta-analyse (n = 8 538) vergeleek het effect van begeleide en gestructureerde oefenprogramma's versus bewegingsadvies zonder begeleiding op het hemoglobinebA1c (een parameter van de gemiddelde bloedglucose waarden over de afgelopen 2 maanden) (Umpierre et al., 2011). Gestructureerde bewegingsprogramma's - aerobe training, krachttraining of de combinatie - verlaagden het hemoglobinebA1c significant. De grootte van het effect is afhankelijk van de oefentijd per week, meer dan 150 minuten bewegen per week levert het grootste effect op. Bewegingsadvies zonder begeleiding resulteerde niet in een significante daling van het hemoglobinebA1c.

Hoog risicopatiënten voor diabetes 2 vertonen een 15% lagere cardio-respiratorische fitheid in vergelijking met een gematchte controlegroep voor de variabelen body mass index en fysiek activiteitsniveau (Leite et al., 2009). De lagere cardio-respiratorische fitheid was de meest prevalentie parameter van de hoog risicogroep.

Conclusie

Gewichtsverlies en het verhogen van het fysiek activiteitsniveau en de cardio-respiratorische fitheid zijn belangrijke aandachtspunten in de risicopreventie diabetes 2. Begeleide en gestructureerde oefenprogramma's zijn efficiënter dan bewegingsadvies zonder begeleiding.

Fysieke (in)activiteit en depressie

Verschillende longitudinale bevolkingsstudies omtrent de associatie tussen bewegen en psychische gezondheid rapporteren dat mensen die regelmatig bewegen minder kans hebben om op een later meetmoment symptomen van angst of depressie te ontwikkelen dan mensen die niet regelmatig bewegen (Brown et al 2005; Lee & Russell, 2003; Sanchez-Villegas et al., 2008; Strawbridge et al., 2002; Strohle et al., 2007).

In Nederland onderzocht het Trimbos Instituut de relatie tussen sportbeoefening en het vóórkomen, ontstaan en beloop van psychische stoornissen in de volwassen bevolking (ten Have et al., 2009). De studie maakte gebruik van gegevens van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study’

(NEMESIS). NEMESIS is een representatief onderzoek bij volwassenen in de algemene bevolking. In dit bevolkingsonderzoek werden 7 076 volwassenen over een periode van drie jaar opgevolgd, verschillende keren geïnterviewd, en gescreend met betrouwbare en valide meetinstrumenten.

Mensen die sporten ontwikkelen minder vaak een psychische stoornis dan mensen die niet sporten. Dat geldt voor enigerlei stemmingsstoornis (depressie, dysthymie) en angststoornis (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis) en drugsstoornis. Uitgedrukt in kansen, hebben mensen die 1-3 uur per week sporten een 1,5 keer minder kans om over een periode van 3 jaar een psychische stoornis te ontwikkelen vergeleken met mensen die geen actieve sport beoefenen.

Mensen die regelmatig sporten en de laatste 12 maanden een psychische stoornis hadden zijn na 3 jaar 1,5 keer zo vaak hersteld dan mensen met een psychische stoornis die niet sporten, na correctie voor de verschillen in leeftijd, geslacht en de aanwezigheid van een chronisch lichamelijke aandoening.

De onderzoekers rapporteerden geen dosisrespons effect van sporten op de psychische gezondheid. Met andere woorden: meer dan 3 uur sporten per week levert geen extra voordelen op voor de psychische gezondheid.

De gevonden relaties tussen sportbeoefening en het ontstaan en beloop van psychische stoornissen zijn niet per definitie causaal van aard. Bepaalde ongemeten variabelen kunnen zowel het sportgedrag als op het ontstaan of verloop van psychische stoornissen beïnvloeden hebben. Denk maar aan een genetische kwetsbaarheid, waardoor sommige mensen minder geneigd zijn om te gaan sporten en vaker psychische klachten ontwikkelen.

Conclusies

In de algemene bevolking er is een verband tussen sportbeoefening en de incidentie en het verloop van depressie en angststoornissen. Er is een zekere wetenschappelijke evidentie voor de integratie van psychomotorische therapie in de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Psychomotorische interventies zijn gericht op het motiveren tot bewegen van gezonde mensen en in het bijzonder personen met een hoog risico voor het ontwikkelen van een psychische aandoening. Deze interventies worden bij voorkeur in groep aangeboden op maat van de individuele mogelijkheden, beperkingen, voorkeur en interesses.

Diabetes en depressie, een zorgelijk duo

Diverse longitudinale studies rapporteren een verband tussen diabetes en depressie.

Mensen met diabetes zijn twee keer zo vaak depressief als mensen die geen diabetes hebben. Andersom hebben mensen met een depressie tweemaal zoveel kans om diabetes te krijgen (van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Depressie verdubbelt dus het risico op het ontwikkelen diabetes type 2 en omgekeerd. Het verband tussen depressie en diabetes type 2 wordt verklaard door zowel gedragsgerelateerde als biologische mechanismen (Golden et al., 2008). De belangrijkste gedragsfactoren zijn een niet aangepast voedingspatroon, fysiek minder actief zijn, overmatig alcoholgebruik, roken en een verminderde therapietrouw. Het disfunctioneren van één van de meest belangrijke stress-systemen van het lichaam, de zogenaamde hypothalamus hypofyse bijnier as, zou een rol kunnen spelen in de relatie tussen depressie en diabetes 2. De aanwezigheid van deze ontregeling in beide ziekten verklaart gedeeltelijk het verband tussen depressie en diabetes 2.

Koopmans et al. (2009) onderzochten de mediërende rol van fysieke inactiviteit in de samenhang tussen diabetes 2 en depressie. In een steekproef van 2 646 diabetes patiënten was 48% fysiek inactief en 14% had depressieve symptomen. Depressieve diabetici waren tweemaal minder fysiek actief dan niet-depressieve diabetici. De auteurs concluderen dat een tekort fysieke activiteit de coïncidentie van depressie en diabetes 2 gedeeltelijk verklaart.

De combinatie van diabetes en depressie heeft ernstige gevolgen op de gezondheid en de kwaliteit van leven. Mensen met een depressie houden zich over het algemeen minder goed aan adviezen voor medicatiegebruik, dieet en voldoende bewegen. Zo is de kans dat een patiënt met diabetes met een depressie zich niet houdt aan de behandelvoorschriften 3 keer zo groot dan bij een niet depressieve diabetes patiënt (DiMatteo et al., 2000). Hierdoor lopen depressieve diabetici een groter risico op complicaties, zoals hart- en vaatziekten, nier- en oogziekten. Bovendien hebben ze een verminderde kwaliteit van leven en slechtere glucosewaarden. Gezien tweerichtingsrelatie tussen diabetes en depressie dreigen deze patiënten in een vicieuze cirkel terecht te komen. Bewegingsinterventies voor deze doelgroep kunnen een positieve invloed hebben op het gecombineerd verloop van diabetes en de depressieve symptomen.

Conclusies

Depressie verdubbelt het risico op het ontwikkelen diabetes type 2 en omgekeerd. De comorbiditeit van depressie en diabetes 2 wordt gedeeltelijk ver-

klaard door leefstijlfactoren zoals een tekort aan fysieke activiteit. De personen die lijden aan de combinatie van diabetes en depressie dreigen in een neerwaartse spiraal af te glijden. Het verhogen van de fysieke activiteit bij deze doelgroep kan resulteren in een verbetering van zowel de lichamelijke als de mentale gezondheid.

Leefstijlprogramma's voor hoog risicopatiënten voor diabetes 2

Een meta-analyse (Gillies et al., 2007) vergeleek het preventief effect van leefstijlinterventies rond voeding en beweging met medicatie voor hoog risicopatiënten voor diabetes 2. De leefstijlprogramma's hadden minstens een even groot effect als medicatie.

Het US diabetes preventie programma vergeleek in een multicentrische gerandomiseerde studie het effect van een leefstijlprogramma met medicatie (metformin) in een groep hoog risicopatiënten ($n = 3\,234$) (Knowler et al., 2002). Het leefstijlprogramma bestond uit 150 min. aerobe training per week en voedingsadvies gericht op gewichtsverlies. Het leefstijlprogramma duurde twee jaar en nadien een maandelijkse follow up zowel individueel als in groep. De leefstijlinterventie verlaagde de incidentie van diabetes met 58%, metformin met 31%. Zelfs zonder gewichtsverlies resulteerde een verhoging van de fysieke activiteit in een verlaagde incidentie van diabetes.

Aanbeveling voor hoog risicopatiënten (Level of evidence and recommendation category: A): 150 min matige tot intensieve fysieke activiteit per week in combinatie met voedingsadvies (American College of Sports Medicine & the American Diabetes Association, 2010).

Het innovatieve karakter van leefstijlinterventies is de combinatie van het stimuleren van lichamelijke activiteiten in het dagelijks leven, de toepassing van 'Exercise Counseling' en het gebruik van een stappenteller. Hierdoor wordt de drempel om meer te gaan bewegen verlaagd en vergroot de kans op een verhoging van de fysieke activiteit op langere termijn. Om de intrinsieke motivatie van patiënten te bevorderen wordt gebruik gemaakt van 'Exercise Counseling' (Petrella & Lattanzio, 2002). Met behulp van motiverende gespreksvoeringsprincipes worden patiënten individueel of groepsgewijs begeleid bij gedragsverandering. Door gebruik te maken van een stappenteller kunnen mensen hun fysiek activiteitsniveau opvolgen.

Niets is zo praktisch als een goede theorie

Gezondheidspromotie en leefstijlinterventies zijn gebaseerd op verschillende theoretische modellen. Deze modellen zijn ontstaan vanuit de behoefte de onderliggende psychologische processen van het gezondheidsgedrag (onder andere eetgewoonten, roken, alcoholgebruik en lichaamsbeweging) wetenschappelijk te onderbouwen. Verandering van het gezondheids- en bewegingsgedrag wordt verklaard door mechanismen van gedragsverandering op drie niveaus: individueel, interpersoonlijk en maatschappelijk.

Modellen op individueel niveau

Het Health Belief Model

De basiscomponenten van het Health Belief Model werden ontleend aan verschillende psychologische theorieën die veronderstellen dat gedrag afhankelijk is van het verwachte effect van het gedrag en de waarde die de persoon hecht aan het effect. Pieter gelooft bijvoorbeeld dat regelmatig joggen zal leiden tot gewichtsverlies maar hij hecht niet zoveel belang aan gewichtscntrole, dus jopt hij niet. Sofie verwacht ook dat beweging zal leiden tot gewichtsverlies maar zij vindt het wel belangrijk om er slank uit te zien. Daarom besluit ze om lid te worden van een wandelclub.

Het Health Belief model gaat ervan uit dat mensen slechts zullen overwegen hun gedrag aan te passen als ze hun gezondheid bedreigd zien (Glanz, Rimer, & Lewis, 2002). Met het vooruitzicht op ziekte maken ze een kosten-baten analyse. Volgens dit model zijn mensen bereid tot gedragsverandering indien:

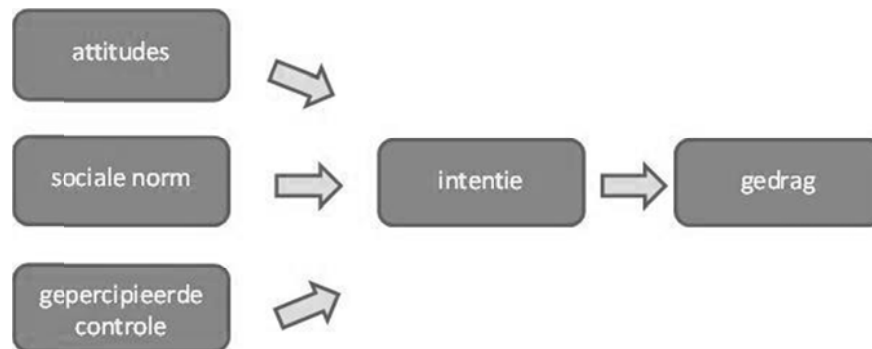
- ze geloven dat ze vatbaar zijn voor de ziekte (perceived susceptibility).
- ze geloven dat de ziekte ernstige gevolgen heeft (perceived severity).
- ze geloven dat gedragsverandering de vatbaarheid voor de ziekte of de ernst ervan zal verminderen (perceived benefits).
- ze geloven dat de voordelen van gedragsverandering groter zijn dan de nadelen (perceived barriers).
- ze prikkels (cues) ervaren die gedragsverandering uitlokken. Deze cues of prikkels kunnen zowel intern zijn (bijvoorbeeld het waarnemen van eigen lichamelijke symptomen) als extern (bijvoorbeeld overlijden van iemand uit de naaste omgeving of het zien van een gezondheidscampagne).
- ze vertrouwen dat ze het gezondheidsbevorderend gedrag succesvol kunnen uitvoeren (self-efficacy).

Mogelijke veranderingsstrategieën volgens het Health Belief Model:

- **Vatbaarheid:** beschrijf welke populaties gezondheidsrisico's lopen, geef informatie op maat van het individu, help de persoon zijn persoonlijk risico in te schatten.
- **Ernst:** specificeer de gevolgen van een ziekte.
- **Voordelen:** leg uit hoe, wanneer en waar het gezond gedrag moet uitgevoerd worden en wat de te verwachte positieve effecten zijn.
- **Nadelen:** bied geruststelling, drijfveren en hulp, corrigeer foutieve percepties of informatie.
- **Actieprikkels:** voorzie informatie over hoe aanpakken, bevorder bewustwording, creëer herinneringen aan het gezond gedrag.
- **Zelfeffectiviteit:** voorzie training en begeleiding in het uitvoeren van het gedrag, gebruik progressieve doelstellingen, geef verbale ondersteuning en bekrachtiging, doe het gewenste gedrag voor.

Theory of Planned Behavior

Volgens dit model wordt de intentie tot gedragsverandering gedetermineerd door de attitude ten aanzien van het gedrag, de sociale norm, en de gepercipieerde controle (Ajzen, 2002).



Figuur 1: Theory of Planned Behavior

De attitude wordt beïnvloed door de opvattingen van een persoon over de consequenties van het gedrag, de zogenaamde “beliefs” (overtuigingen) en door de persoonlijke evaluatie van deze consequenties. Een voorbeeld van een overtuiging of belief is: beweging is goed voor je hart. Een voorbeeld van een evaluatie is: een goed hart hebben is voor mij belangrijk. In het model worden deze twee beïnvloedende factoren van attitude met elkaar vermenigvuldigd (belief x evaluatie).

De sociale norm wordt bepaald door de opvattingen van anderen (is de persoon van mening dat significante anderen vinden dat hij/zij dit gedrag moet stellen) en de mate van instemming met deze meningen. Een voorbeeld van een normatieve opvatting is: mijn partner vindt dat ik meer moet sporten, en “ik trek me veel aan van wat mijn partner zegt” een voorbeeld is van de mate van instemming met de opvatting van een significante andere.

De gepercipieerde controle is de overtuiging omtrent hoe moeilijk of gemakkelijk het uitvoeren van het gedrag is. Gepercipieerde controle wordt geoperationaliseerd door zowel vroegere ervaringen die ervoor zorgen dat een bepaald gedrag evolueert tot gewoontegedrag als door de aan- of afwezigheid van barrières. Het gaat hierbij zowel om de reële barrières (ik wil gaan sporten maar heb geen babysit), als door de verwachte barrières (ik zal toch tijd geen kunnen vrijmaken om regelmatig te sporten).

Het Stages of Change model

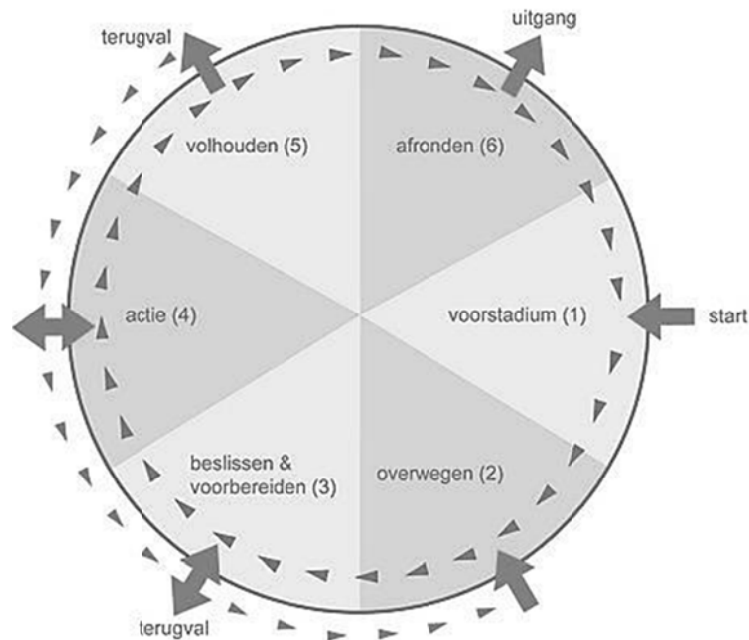
Het Stages of Change model, ontwikkeld door Prochaska en DiClemente, beschouwt gedragsverandering als een proces dat verloopt doorheen zes opeenvolgende stadia: de voorbeschouwingsfase, de beschouwingsfase, de voorbereidingsfase, de actiefase, de behoudsfase en tot slot de eindfase (Prochaska & Velicer, 1997). In elk stadium zijn specifieke ervaringsprocessen - bewustwording, emotionele beroering, zelfevaluatie, evaluatie door anderen - dominant werkzaam. Elk stadium vereist specifieke therapeutische interventies.

Deze fasespecifieke aanpak hanteert de meest efficiënte interventies in functie van de noden en het motivationeel stadium van het individu. Het uitgangspunt is de dialoog met de cliënt met als doelstelling de overgang naar een volgende fase te faciliteren.

- Stadium 1, de voorbeschouwingsfase (het voorstadium). In dit stadium hebben de mensen niet de bedoeling om in de nabije toekomst actie te ondernemen. De voornaamste reden is meestal gebrek aan kennis en vandaar weinig of geen motivatie. In deze fase zijn mensen niet op de hoogte van de positieve effecten van lichaamsbeweging op hun gezondheid en/of van de gezondheidsrisico's van een sedentaire levensstijl. In deze fase is kennis toename een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde. Zonder voorlichting geen verandering, maar 'weten' is niet gelijk aan 'doen'.
- Stadium 2, de beschouwingfase of overwegingsfase. In dit stadium hebben mensen de intentie om hun gedrag in de nabije toekomst te veranderen. Het afwegen van voor- en nadelen van beweging is essentieel in deze fase. Zodra de kosten-batenanalyse positief uitvalt, zal de bereidheid tot actie groeien.
- Stadium 3, de beslissings- en voorbereidingsfase. In deze fase wordt de knoop doorgehakt. De persoon neemt de beslissing iets aan het seden-

taire gedrag te doen en maakt concrete plannen om in de nabije toekomst actie te ondernemen. Zelfeffectiviteit, het geloof in eigen kunnen, is een noodzakelijke voorwaarde om tot actie over te gaan. Bepaalde hindernissen kunnen echter de actiebereidheid afremmen. Deze barrières exploreren en zoeken naar oplossingen zijn effectieve strategieën in de voorbereidingsfase.

- Stadium 4, de actiefase. In dit stadium veranderen mensen hun gezondheidsgedrag nadat ze bepaalde barrières hebben overwonnen. De persoon werkt samen met de hulpverlener een concreet actieplan uit. De doelstellingen moeten specifiek en realistisch zijn om de kans op succes te vergroten. Streefdata, korte- en lange termijn doelen noteren, werkt motiverend (contractformule).
- Stadium 5, de consolidatiefase of de fase van het volhouden. Wie het gezonde gedrag al zes maanden volhoudt, zit in de consolidatiefase. Mensen hervallen echter vaak in oude en ongezonde gewoontes, vooral in moeilijke situaties. Herval is eerder regel dan uitzondering. Bij fysieke activiteit haakt meer dan de helft van de mensen die aan een oefen-programma beginnen binnen de drie maanden af. Vermijden van en leren uit herval staan in deze fase centraal.
- Stadium 6, de eindfase. Dit is het stadium waarin personen geen enkele neiging meer vertonen om in het oude gedrag te hervallen. Zij hebben een sterk geloof in de eigen effectiviteit om het gezonde gedrag vol te houden, zelfs in moeilijke omstandigheden. Dit stadium is voor velen een utopie. Voor fysieke activiteit is het realistischer om de consolidatiefase als einddoel voorop te stellen.



Figuur 2. De veranderingscirkel

De Zelfdeterminatietheorie

De Zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci legt de nadruk op de kwaliteit van de motivatie en de bevrediging van drie psychologische basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie (Ryan & Deci, 2000). De zelfdeterminatietheorie stelt dat hulpverleners moeten inspelen op deze psychologische basisbehoeften.

- Behoeftte aan autonomie verwijst naar de behoefte van mensen om te handelen met een gevoel van psychologische vrijheid, namelijk persoonlijke keuzes maken of zelf kunnen kiezen welke activiteiten ze doen.
- Behoeftte aan competentie verwijst naar de behoefte van mensen om activiteiten tot een goed einde te brengen en hun doelstellingen te realiseren, waarbij ze hun vaardigheden verder ontwikkelen.
- Behoeftte aan relationele verbondenheid verwijst naar de behoefte om relaties op te bouwen die voldoening geven en ondersteunend zijn, en waarbij de persoon zich gerespecteerd en aanvaard voelt.

Het basisprincipe is dat mensen zelf hun doelen bepalen (autonomie) en dat opgedrongen doelen minder effectief zijn. Daarnaast is het gerespecteerd en aanvaard worden door anderen een belangrijke behoefte (verbondenheid). Tot slot willen mensen zich competent voelen. Dit houdt in dat de persoon over de nodige vaardigheden moet beschikken om realistische doelen na te streven. De kwaliteit van de motivatie wordt uitgedrukt op een schaal gaan-

de van gecontroleerde (externe, geïntrojecteerde) tot autonome motieven (geïdentificeerde, geïntegreerde, intrinsieke motieven). Het effect van gecontroleerde motieven is meestal van kortere duur: zodra de druk wegvalt, verkleint de kans dat het gedrag blijft duren. Bij autonome motieven is er sprake van een vrijwillige keuze. Dit effect blijft langer doorwerken en houdt ook stand zonder externe druk of controle. Autonome motivatie wordt bevorderd door in te spelen op de drie psychologische basisbehoeften.

Conclusies en concrete toepassingen

Verskillende modellen en theorieën verklaren verandering van het bewegingsgedrag. Deze theorieën zijn complementair en bieden concrete handvatten voor de praktijk.

- Geef informatie op maat van de persoon over het risico en de vatbaarheid voor aandoeningen ten gevolge van te weinig beweging.
- Houd rekening met de graad van bereidheid tot verandering bij een persoon en stem boodschappen hierop af.
- Bespreek de voordelen en de positieve effecten van regelmatige lichaamsbeweging. Naargelang de doelgroep kan het belang van bepaalde voordelen sterker zijn. Bij jongeren spreekt bijvoorbeeld een gunstige invloed op het risico van hart- en vaataandoeningen minder aan dan bij ouderen.
- Ga na welke drempels en negatieve opvattingen er bestaan. Corrigeer verkeerde informatie, motiveer en bied geruststelling. Het excuus dat men te weinig tijd heeft om voldoende te bewegen kan bijvoorbeeld opgevangen worden door praktische tips rond het inbouwen van fysieke activiteit in het dagelijks leven.
- Succeservaringen verhogen het gevoel van competentie (zelfeffectiviteit). Formuleer dus haalbare doelstellingen en voorziet voldoende begeleiding en ondersteuning. Om positieve effecten te bekomen, moet een doel wel aan bepaalde voorwaarden voldoen. Deze worden vaak voorgesteld aan de hand van een geheugensteuntje, de zogenaamde SMART-criteria:
 - Specifiek: het doel moet concreet geformuleerd worden.
 - Meetbaar: het gedrag moet meetbaar zijn zodat eenduidige feedback over het al dan niet halen van het doel mogelijk is.
 - Aanvaardbaar: het doel moet aanvaardbaar zijn voor de persoon zelf. Van buitenaf opgelegde doelen die niet persoonlijk ondersteund worden, hebben veel minder positieve effecten op de motivatie.
 - Realistisch maar uitdagend: de kans op succes, het bereiken van het doel moet hoog zijn, maar het moet wel uitdagend blijven. Een doel dat niet of erg moeilijk haalbaar is, lokt hopeloosheid uit; een doel

dat te gemakkelijk bereikbaar is, leidt niet tot een toename van de motivatie.

- Tijdsgebonden: als een doel te complex is of veraf ligt in de tijd is het aangewezen om te werken met tussendoelen op korte, middel-lange en lange termijn. Deze tijdsgebonden focus geeft meer kansen op succes, wat op zijn beurt de gedragsverandering ondersteunt.

Interpersoonlijk niveau

Het interpersoonlijk niveau betreft de omgang met familie, vrienden, leeftijdgenoten, collega's enz. Zij bieden het individu een sociale identiteit en sociale steun. Op interpersoonlijk niveau stellen theorieën dat gezondheidsgedrag beïnvloed wordt door een sociale omgeving. Mening, percepties, gedrag, advies en steun van de mensen in de omgeving beïnvloeden de gevoelens, ideeën en het gedrag van het individu en omgekeerd. Ook zorgverstrekkers behoren tot de sociale omgeving.

De Sociaal Cognitieve Theorie van Bandura (1982) is een model waarin persoonlijke, gedrags-, en omgevingsfactoren elkaar wederzijds beïnvloeden om gedrag te voorspellen. Volgens deze theorie bepalen drie belangrijke factoren de kans dat een persoon zijn gezondheidsgedrag zal veranderen: de zelfeffectiviteit, concrete en haalbare doelen, en de verwachtingen over het resultaat.

- De resultaatverwachting (outcome expectations) is het resultaat dat de persoon verwacht als hij/zij een bepaald gedrag stelt.
- Resultaatswaardering (outcome expectancies) verwijst naar de waarde die de persoon hecht aan een bepaald resultaat.
- De zelfeffectiviteit is de zelfwaargenomen bekwaamheid om een bepaald gedrag te stellen.
- Gedragsbekwaamheid is de werkelijke bekwaamheid van een persoon om het gedrag te stellen.

Concrete toepassingen op het interpersoonlijk niveau

- Geef als zorgverstrekker zelf het voorbeeld van gezonde levensstijl.
- Focus een campagne voor beweging en op invloedrijke figuren in een groep.
- Betrek gezinsleden in een verandering van bewegingsgedrag.
- Moedig het zoeken van een oefenpartner aan om samen fysiek actief te zijn.

Maatschappelijk niveau

Het maatschappelijk niveau betreft enerzijds institutionele en beleidsfactoren (zoals regels, wetten, beleid en informele structuren) die het gezondheidsge-drag versterken of bemoeilijken. Anderzijds zijn er ook de sociale netwer-ken met hun normen omtrent bewegingsgedrag. Het strategisch gebruik van massamedia in de promotie van bewegingsgedrag is een essentieel onderdeel van interventies op maatschappelijk niveau. Gemeenschappen worden vaak omschreven in geografische termen, maar kunnen ook gedefinieerd worden door andere criteria zoals gedeelde interesse of werkplek.

Concrete toepassingen

- Voor een effectieve verspreiding moeten de adviezen rond beweging toepasbaar zijn voor de beoogde doelgroep zijn, met andere woorden afgestemd op de interesses, normen, gewoontes, en vaardigheden van de doelgroep.
- Betrek zoveel mogelijk de betrokken leden of hun representatieve ver-teenwoordiging van een bepaalde gemeenschap bij de planning en uit-voering van de acties.
- Alvorens een grootschalige vernieuwing te propageren moet deze eerst op kleine schaal uitgetoetst en geëvalueerd worden.
- Het kan nuttig zijn om bepaalde rolmodellen als 'vernieuwers' naar vo-ren te schuiven en hen een prominente positie te geven bij de versprei-ding van bewegingsadviezen.

Heeft de psychomotorische therapie in een plaats in het stepped care model voor hoogerisicopatiënten?

Depressie is een veelvoorkomende psychische aandoening die een hoge ziektelast veroorzaakt voor zowel voor het individu als de samenleving. De Wereld Gezondheidsorganisatie rangschikt ziektes volgens een 'Disability-Adjusted Life Years Index'. Deze index meet het aantal mensen dat vroeg-tijdig overlijdt ten gevolge van een bepaalde ziekte en het aantal jaren dat mensen leven met beperkingen omwille van een bepaalde ziekte. In Neder-land staat depressie op de vierde plaats op de 'Disability-Adjusted Life Years Index' ranking (de Graaf et al., 2012). Gegevens voor België zijn ons niet bekend. Epidemiologisch onderzoek in ons land (Bruffaerts, et al. 2004) rapporteert een 12-maanden-prevalentie van 4.6% en een lifetime-prevalentie van 13.6% voor depressie. De ratio tussen de 12-maanden- en de lifetime-prevalentie (i.e. de chroniciteitsindex) is 34%. Dit betekent dat bij 34% van de respondenten sprake is van een chronisch verloop van depressie ofwel herval.

De verscheidenheid van affectieve, cognitieve, motivationele en lichamelijke symptomen van depressie en de impact op de kwaliteit van leven verklaart de hoge Disability-Adjusted Life Years Index'. Niet alleen depressie staat hoog in deze zogenaamde 'ziekte-index' ook diabetes veroorzaakt veel ziektebelasting en verlies van kwaliteit van leven. In Nederland staat diabetes op de vijfde plaats na depressie op de 'Disability-Adjusted Life Years Index' ranking. In België lijdt 5% van de bevolking aan diabetes 2 (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2013).

Mensen met een depressie hebben ongeveer tweemaal zoveel kans om diabetes 2 te ontwikkelen dan mensen die niet aan een depressie lijden en omgekeerd. Gezien de tweerichtingsrelatie tussen diabetes en depressie dreigen deze patiënten in een neerwaartse spiraal terecht te komen. Bewegingsinterventies voor deze doelgroep kunnen een positieve invloed hebben op het gecombineerd verloop van diabetes en de depressieve symptomen. Daarnaast kunnen oefenprogramma's geïntegreerd worden in de risicopreventie personen met een hoge kwetsbaarheid diabetes en/of depressie.

Gezien de hoge (co)incidentie van depressie en diabetes 2 brengen ze een grote ziektebelasting en hoge kosten met zich mee. Zowel vanuit het perspectief van de volksgezondheid als die van de individuele patiënt verdient het optimaal behandelen van deze aandoeningen dan ook hoge prioriteit. Bewegingsinterventies zijn efficiënte, laagdrempelige en 'low cost strategies' voor deze doelgroepen. In de gezondheidszorg wordt sinds een aantal jaren het stepped care model (getrapte zorg) gehanteerd om de efficiëntie en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorgkosten te beheersen. Binnen het stepped care model wordt in eerste instantie de minst intensieve behandeling aangeboden en alleen wanneer deze onvoldoende resultaat oplevert, wordt overgegaan naar een meer intensieve en gespecialiseerde behandeling. Essentieel in dit model is dat de patiënten systematisch worden opgevolgd zodat tijdig bepaald kan worden of een volgende stap nodig is.

Gezien er voldoende wetenschappelijke evidentie is voor de meerwaarde van bewegingsinterventies in de preventie en behandeling van diabetes 2 en depressie kan psychomotorische therapie een plaats hebben in het stepped care model voor deze doelgroepen. Psychomotorisch therapeuten staan voor de uitdaging mee te werken aan multidisciplinaire zorgtrajecten voor bepaalde hoog risicogroepen. Ze hebben immers een unieke expertise en wetenschappelijke kennis in het domein van beweging, lichaamsbeleving en mentale en somatische gezondheid.

De auteurs danken Dr. J. Delorge en Dr. T. Raskin respectievelijk voorzitter en inhoudsverantwoordelijke van het Huis Voor Chronische Zorg voor het kritisch nalezen van de tekst.

Referenties

- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-668.
- American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association (2010). Exercise and type 2 diabetes: American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: Joint position statement. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42, 2282-2303.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in Human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Beaulac, J., Carlson, A., & Boyd, R. (2001). Counseling on physical activity to promote mental health: Practical guidelines for family physicians. *Canadian Family Physician*, 57, 399-401.
- Brown, W., Ford, J., Burton, N., Marshall, A., & Dobson, A. (2005). Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 265-272.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 75-85.
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 203-213.
- De Hert, M., Correll, C., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52-77.
- DiMatteo, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the ef-

- fects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Gillies, C., Abrams, K., Lambert, P., Cooper, N., Sutton, A., Hsu, R., & Khunti K. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 334, 299.
- Glanz, K., Rimer, B. & Lewis, F. (2002). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Fransisco: Wiley & Sons.
- Golden, S., Lazo, M., Carnethon, M., Bertoni, A., Schreiner, P., Roux, A., Lee, H., & Lyketsos, C. (2008). Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *Journal of American Medical Association*, 18(23), 2751-2799.
- Guyatt, G., Gutterman, D., Baumann, M., Addrizzo-Harris, D., Hylek, E., Phillips, B., et al. (2006). Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American college of chest physicians task force. *Chest*, 129, 174-181.
- Haase, A., Taylor, A., Fox, K., Thorp, H., & Lewis, G. (2010). Rationale and development of the physical activity counseling intervention for a pragmatic TRial of Exercise And Depression in the UK (TREAD-UK). *Mental Health and Physical Activity*, 3(2), 85-91.
- Herring, M., O'Connor, P., & Dishman, R. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients. A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 170(4), 321-331.
- Herring, M., Puetz, T., O'Connor, P., & Dishman, R. (2012). Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 172(2), 101-111.
- Knowler, W., Barrett-Connor, E., Fowler, S., Hamman, R., Lachin, J., Walker, E., & Nathan, D. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine* 346(6), 393-403.
- Koopmans, B., Pouwer, F., de Bie, R., van Rooij, E., Leusink, G., & Pop, V. (2009). Depressive symptoms are associated with physical inactivity in patients with type 2 diabetes. The DIAZOB Primary Care Diabetes study. *Family Practice*, 26(3), 171-733.
- Lee, C., & Russell, A. (2003). Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women. Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 155-160.
- Lee, D., Park, I., Jun, T., Nam, B., Cho, S., Blair, S., & Kim, Y. (2012). Physical activity and body mass index and their associations with the

- development of type 2 diabetes in Korean Men. *American Journal of Epidemiology*, 176(1), 43-51.
- Leite, S., Monk, A., Upham, P., & Bergenstal, R. (2009). Low cardiorespiratory fitness in people at risk for type 2 diabetes: early marker for insulin resistance. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 1(8), doi:10.1186/1758-5996-1-8.
- Petrella, R., & Lattanzio, C. (2002). Does counselling help patients get active? Systematic review of the literature. *Canadian Family Physician*, 48, 72-80.
- Portaal Belgium, Informatie en diensten van de overheid (2008). Resultaten Gezondheidsenquête 2008 bij de Belgische bevolking. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior changes. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-45.
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (2013). Studies en onderzoek -Diabetes in België: stand van zaken. www.riziv.be
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sanchez-Villegas, A., Ara, I., Guillen-Grima, F., Bes-Rastrollo, M., Varo-Cenarruzabeitia, J., & Martinez-Gonzalez, M. (2008). Physical activity, sedentary index, and mental disorders in the SUN Cohort Study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40, 827-834.
- Strawbridge, W., Deleger, S., Roberts, R., & Kaplan, G. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156, 328-334.
- Strohle, A., Hofler, M., Pfister, H., Muller, A., Hoyer, J., Wittchen, H., & Lieb, R. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 2007, 37, 1657-1666.
- ten Have, M., de Graaf, R., & Monshouwer, K. (2009). Sporten en psychische gezondheid. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Umpierre, D., Ribeiro, P., Kramer, C., Leitão, C., Zucatti, A., Azevedo, M., Gross, J., Ribeiro, J., & Schaun, B. (2011). Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 305(17), 1790-1799.

- van Meeteren-Schram, M., & Baan, C. (2007). Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers (2012). Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Williams, P., & Thompson, P. (2013). Reduction walking versus running for hypertension, cholesterol, and diabetes mellitus risk. *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*, 33, 1085-1091.